

FEMINISTISCHE HULPVERLENING EN EMPIRISCHE EVIDENTIE

ONDERZOEK VANUIT EEN DIVERSITEITSPERSPECTIEF

Janneke van Mens-Verhulst

Feminist health care and empirical evidence: on research from a diversity perspective

The field of feminist health care (FHC) has a growing need for empirical evidence and a widening of interest from gender-specific to diversity-conscious care. Thus, an analysis of health research practices from a diversity perspective is very timely. A central question is how best to articulate social-cultural differences while upholding the complexity, dynamics, and power processes involved.

First, I review the shortcomings of mainstream research: its fear of heterogeneity, (methodo)logical shortcomings, the unjustified reduction of complexity and dynamics, and power-naïveté. Second, alternatives are explored: bottom-up strategies, qualitative approaches, insights from system dynamics, an actor-perspective and the material-discursive approach. The article takes a pluralistic and pragmatic stance, i.e. different research traditions can contribute to the empirical grounding of diversity-conscious care.

Het verhaal van de feministische hulpverlening (FHV) laat zich op vele manieren vertellen en is ook al op vele manieren verteld (Jacobs, 2001; Van Mens-Verhulst, 1991; Van Mens-Verhulst & Schilder, 1994; Nicolai, 1992/7; Schilder, 1999; Steketee, 1995). Voor een goed begrip van het probleem dat ik hier aan de orde stel, volgen hier toch enkele hoofdlijnen.

De eerste sporen van feministische hulpverlening in Nederland zijn te vinden in de praat- en zelfhulpgroepen waarin vrouwen in het begin van de zeventiger jaren bij elkaar komen. Door middel van deze groepen doorbreken de deelnemers hun sociaal isolement en worden zij zich bewust van de overeenkomsten in hun maatschappelijke positie en de invloed daarvan op hun problemen (Katier, 1976; Meulenbelt, 1978). In de jaren daarna volgt een stroom van initiatieven, waaronder de vrouwentelefoon, Blijf van m'n Lijfhuizen, 'Vrouwen Tegen Seksueel Geweld', groepen voor Vrouwen In De Overgang (VIDO) en Feministische Oefengroepen Radikale Therapie (FORT). Veelal gaat het om een combinatie van sociale en therapeutische actie.

Tien jaar later bestaat er buiten de reguliere hulpverlening een alternatief, feministisch geïnspireerd circuit waarin naar schatting duizenden vrouwen via honderden projecten een helpende hand reiken aan honderdduizenden andere vrouwen met psychische dan wel psycho-sociale problemen (Van Mens-Verhulst, 1988). Kenmerkend voor deze initiatieven is dat ze a) het eigen verhaal en de hulpbehoeften van

vrouwelijke cliënten serieus nemen; b) de problemen van vrouwen vanuit een sociaal model interpreteren (dikwijls ingedikt tot 'de socialisatie en sociale positie van vrouwen'); c) ook de oplossingen vooral in de (psycho-)sociale sfeer zoeken en sociale actie niet schuwen; d) de helpende contacten zo egalitair mogelijk inrichten – bij wijze van leerproces voor de hulpzoeksters en -vraagsters. Kort samengevat, FHV is seksespecifiek, cliëntgericht en politiserend in een tijd dat de reguliere zorg genderblind, professie- en instellingsgericht en individualiserend was (Van Mens-Verhulst, 1985).

In 1982 wordt feministische hulpverlening voorwerp van overheidsbeleid en krijgt het een nieuwe – eufemistische – naam, namelijk vrouwenhulpverlening (VHV) (zie nota Vrouwenhulpverlening en Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, Geneeskundige Hoofdinспекtie voor de Geestelijke Volksgezondheid). Achtereenvolgens worden een Projectgroep VHV (1983-1986), een Adviesgroep VHV (1988-1991), een Werkprogramma VHV (1992-1999) en een Stuurgroep voor het Werkprogramma VHV (1996-1999) geïnstalleerd. Deze groepen hebben (mede) als opdracht de integratie van VHV in de reguliere zorg te bevorderen.

In wisselwerking met dit beleid doet zich in het veld een reeks ontwikkelingen voor. Allereerst zijn er de 'autonome' VHV-projecten die los van de reguliere instituties willen blijven bestaan, maar daarvoor vaak wel aangewezen zijn op plaatselijke subsidies.

Hiervan is tegenwoordig maar een handjevol over. Parallel hieraan ontwikkelt zich op kleine schaal een feministisch georiënteerde mannenhulpverlening (MHV). Voor het veld van de VHV worden eigen koepelorganisaties gecreëerd; aanvankelijk VIA, later METIS en sinds 1994 Transact – het landelijk expertisecentrum seksespecifieke zorg en seksueel geweld waaronder ook de MHV valt. Bij de koepelorganisatie van de reguliere ambulante geestelijke gezondheidszorg en in de aangesloten instellingen starten projecten om de implementatie van de VHV-visie en -aanpak te bevorderen. Ook in de beroepsverenigingen worden allerlei initiatieven genomen.

De voortschrijdende integratie vraagt om empirische evidentie van FHV – maar beantwoording wordt gecompliceerd door die andere ontwikkeling binnen FHV, namelijk de verbreding van aandacht van sekse/genderspecificiteit naar bio-psycho-sociaal-culturele diversiteit.

In het onderstaande gebruik ik de term feministische hulpverlening (FHV), daarmee bedoel ik het hele conglomeraat van hulpverleningssoorten dat inmiddels is ontstaan: vrouwen- en mannenhulpverlening, seksespecifieke hulpverlening (voor mannen en vrouwen) en de specifieke hulp voor zwarte, migranten- en vluchtelingen vrouwen (Van Mens-Verhulst, 2001).

Groeïende behoefte aan empirische evidentie

Voor de legitimering van hulpverlening wordt doorgaans een beroep gedaan op twee leerprocessen: aan de ene kant de professionele ervaring en consensusvorming, aan de andere kant de uitkomsten van empirisch onderzoek. Het afgelopen decennium is die tweede legitimatiebron steeds belangrijker geworden (Borst-Eilers, 1997; Kerkhof, 2000). In toenemende mate wordt een empirische onderbouwing verlangd van de theorieën en methoden waarmee men werkt. De beschikbare empirische evidentie rond een bepaald probleem en de daarvoor in zwang zijnde therapieën worden samengebracht in standaarden voor professioneel handelen. Is de bewijskracht op basis van empirisch onderzoek niet stevig genoeg, dan spreekt men van opties voor het handelen en mag de klinische evidentie – in de vorm van professionele consensus over de dagelijkse praktijk – een grotere rol spelen (Kaasenbrood, 1995; Kistemaker, Klazinga, Meulenbergh, Stokx & Thomas, 1997).

Voor de feministische hulpverlening betekent deze nadruk op empirische evidentie echter een complicatie in het proces van integratie in de mainstream. Dit wordt onder andere voelbaar wanneer ze een sekse/genderspecifieke inbreng moet leveren aan de zorgprogramma's die thans in de geestelijke gezond-

heidszorg worden ontwikkeld. Dan is er kennis nodig over de distributie en het beloop van ziektes, de effectiviteit van diagnostiek en behandeling en de hulpbehoeftes en hulpvragen van vrouwen en mannen, onder invloed van vrouwelijk- en mannelijkheden.

De eerder genoemde verbreding van sekse/gender naar diversiteit maakt het nog moeilijker in de gewenste empirische evidentie te voorzien, omdat daarvoor, zoals ik in de volgende paragraaf uiteen zal zetten, heterogeniteit moet worden onderzocht op een manier die complexiteit, dynamiek en macht zichtbaar kan maken.

In dit artikel beschrijf ik de onderzoeksproblemen aan de hand van de volgende vragen: welk onderzoek is er gedaan naar verschillen in gezondheid, behandeling en bejegening; welke kwaliteit heeft dit en in hoeverre is het bruikbaar voor FHV? Vervolgens verken ik enkele andere manieren van onderzoek om in de kennisbehoefte van FHV te voorzien. Daarbij bepaal ik me vooral tot de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Maar eerst verdiep ik me in de rol en conceptualisering van diversiteit binnen de FHV.

FHV en diversiteit

In de Verenigde Staten werden de eerste tekenen van de verbreding naar diversiteit zichtbaar in 1988, toen het Feminist Therapy Institute haar jaarlijkse bijeenkomst wijdde aan het thema 'Diversiteit in Feministische Therapie'. De publicatie van de daar gepresenteerde lezingen in het themanummer 'Diversity and complexity in feminist therapy' van het tijdschrift *Women and Therapy* (Brown and Root, 1990) bevestigde deze overgang.

In Nederland markeerde Targuia het keerpunt, in 1995. Dit was een drie jaar durend interculturalisatieproject voor zwarte, migranten- en vluchtelingen vrouwen binnen de vrouwenhulpverlening (Fienieg, 1998; Grundemann & Miltenburg, 1997; Targuia 1997). Het was voorafgegaan door een methodiek-ontwikkelingsproject van De Maan (Babel & Hiti-peuw, 1992) en werd onder andere gevolgd door een experimentele training van de Schorerstichting, waarin de differentiaties naar sekse en seksuele voorkeur centraal stonden. Inmiddels is Transact doende diversiteit in haar scholingsaanbod te integreren.

De overgang naar diversiteit werd nodig, toen duidelijk werd dat ook de VHV niet ontsnapte aan uitsluiting van groepen vrouwen. Het kapitaliseren op dat éne verschil (vrouwzijn) had een bagatellisering of zelfs negatie van andere verschillen (zoals etniciteit, klasse en seksuele oriëntatie of functiebeperking, chronische ziekte en leeftijd) in de hand gewerkt en ondermijnde daarmee haar effectiviteit, cliëntgerichtheid, toegankelijkheid en legitimiteit. Bovendien groeide het besef dat ook mannen te lijden had-

den onder hun genderrol. Met het diversiteitsprincipe drukt men uit zowel voor maatschappelijke overeenkomsten als verschillen tussen cliënten aandacht te hebben en die verschillen positief (in plaats van hiërarchiserend en devaluerend) tegemoet te treden. De missie bleef dus emancipatoir, maar nu voor meer groepen dan voorheen (Van Mens-Verhulst, 1996; 1997a; 1997b; 1998).

Diversiteitsdenken

Op diversiteit bestaan verschillende visies. De smalle visie reduceert diversiteit tot etniciteit. De beperkte visie omvat etniciteit en sekse/gender. In de brede visie zijn ook andere, relatief onveranderlijke, biopsychosociale en -culturele verschillen en overeenkomsten inbegrepen, zoals klasse, leeftijd, seksuele oriëntatie, lichamelijke gesteldheid en soms religie; verschillen en overeenkomsten die elkaar op allerlei manieren kunnen kruisen. In de FHV zijn zowel de beperkte als brede visie aanwezig.

In dit artikel ga ik uit van de brede visie, omdat de daarop gebaseerde inzichten zich zonder bezwaar laten toepassen op de ingeëngde versie. Ik maak daarvoor gebruik van de theorievorming die in etnische en vrouwenstudies heeft plaatsgevonden en waarvoor de term 'caleidoscopisch denken' is geïntroduceerd (Wekker, 2001; Wekker en Lutz, 2001). Daaruit weten we dat diversiteit, congruent met sekse/gender, het beste bio-psycho-socio-cultureel gelaagd en continu – dus complex – kan worden begrepen. In de eerste plaats maakt dit zichtbaar dat 'zwart en wit', 'oud en jong', 'homo en hetero', 'ziek en gezond' evenals 'man en vrouw' categorieën zijn die corresponderen met zowel lichamelijke kenmerken, maatschappelijke positietoewijzingen, collectieve betekenisgevingen als individuele identiteitsconstructies. In de tweede plaats worden deze categorieën dan opgevat als uiteinden van een continuüm waartussen vele posities ingenomen kunnen worden. Hierdoor hoeven biologische en sociale verschillen minder dichotoom en dus onveranderlijk te worden ingeschat dan gewoonlijk het geval is, in onderzoek, maar ook in de dagelijkse of therapeutische omgang tussen mensen. Dit is natuurlijk winst voor een hulpverleningsbeweging die niet alleen individuele maar ook maatschappelijke veranderingen beoogt.

Tevens wordt diversiteit dynamisch gedacht, in die zin dat bio-psycho-socio-culturele verschillen en overeenkomsten worden gezien als uitkomst en aanzet tot constituerende processen – binnen en tussen de dimensies. Gender, etniciteit, homoseksualiteit, leeftijd of ziekte is dan niet iets wat iemand 'heeft' of overkomt, maar wat men 'doet' of 'leeft' – dagelijks, wekelijks, jaarlijks.

Welke verschillen ertoe doen, is overigens context-

gebonden, zowel qua plaats als tijd. Er bestaan bijvoorbeeld duidelijk geografische verschillen in wat belangrijke verschillen worden gevonden en hoe ze worden gewaardeerd. Ook doen zich historische verschuivingen voor: verschillen die vroeger niet (openlijk?) belangrijk werden gevonden, kunnen geleidelijk belangrijk worden. Zo werden destijds vele vrouwen onaangenaam verrast door de articulering van hun vrouwzijn ten gevolge van de vrouwenemancipatie en voelen tegenwoordig vele mannen en vrouwen zich tegen hun wil 'geallochtoniseerd'. 'Diversiteit' staat dus niet voor een vaststaand pakket maar voor een verzameling verschillen van allerlei soort en gradatie waarvan de relevantie in de loop der tijd kan variëren.

Naast complexiteit en dynamiek impliceert diversiteit volgens dezelfde theorievorming ook machtsprocessen, omdat zij zowel product is van machtsprocessen als die zelf ook voortbrengt. Macht maakt het mogelijk verschillen en overeenkomsten te definiëren en te hiërarchiseren, iemand als 'de ander' buiten te sluiten en te discrimineren of als 'eigen' te accepteren. De negatieve of positieve gevolgen die dat heeft voor iemands zelfvertrouwen en weerbaarheid vertalen zich – mede via de bemiddeling van de naaste sociale omgeving – in een kleinere of grotere kans op persoonlijke kracht en op deelname aan maatschappelijke machtsuitoefening.

Dit diversiteitsdenken manifesteert zich in de FHV in de vorm van een complexe en dynamische beeldvorming van cliënten, hun problemen en de samenlevingscontext waarin deze zich voordoen en in diversiteitsbewuste interventies die de hulpverlening kan plegen (zie Van Mens-Verhulst, 2001). Empirische evidentie aangaande de hierin veronderstelde (causale) relaties en effecten vergt onderzoek naar heterogeniteit met aandacht voor complexiteit, dynamiek en machtsprocessen.

Onderzoek naar heterogeniteit in gezondheid(szorg)

Het diversiteitsprincipe vestigt de aandacht op maatschappelijke verschillen in de hulpverlening. Traditioneel gezien zijn gezondheidsonderzoek(st)ers echter meer ingesteld geweest op het zoeken naar homogeniteit dan heterogeniteit. Bovendien sorteerde men vooral op klachten en ziektebeelden in plaats van op sociale en culturele categorieën (Ingelby, 2000; Richters, 2001). De universalistische denkstijl was dominant: dat wil zeggen dat patiënten en cliënten en hun ziektes werden geacht overal en altijd hetzelfde te zijn.

Zoeken naar groepsverschillen in gezondheid, ziekte en hulpbehoeften werd eigenlijk alleen maar

oportuun geacht voorzover het ging om het opsporen van achterstanden die maatschappelijk onaanvaardbaar zijn. Daarbij hebben klasse- en leeftijdsverschillen van oudsher de meeste aandacht gekregen. Het letten op sekseverschillen was al minder gebruikelijk. Het duurde bijvoorbeeld tot het einde van de jaren '80 voordat de Nederlandse ggz-instellingen klachten en zorggebruik van mannen en vrouwen apart gingen vermelden en in het in 1999 verschenen Handboek Psychiatrische Epidemiologie komt sekse als factor slechts sporadisch voor. Echter, het sinds 1996 lopende NEMESIS-project¹ rapporteert wel consequent over sekseverschillen en heeft onlangs ook een analyse opgeleverd van een ander belangrijk verschil, namelijk seksuele oriëntatie en psychische klachten (Sandfort, Graaf, Bijl & Schnabel, 2001).

Etnische verschillen worden misschien nog vaker genegeerd dan sekseverschillen; oorspronkelijk vanwege gebrek aan interesse, soms vanwege (gelijkheids)ideologische redenen. Tegenwoordig worden vooral onderzoekstechnische redenen aangevoerd: onderzoek onder 'allochtone' bevolkingsgroepen vereist namelijk extra inspanningen qua werving van respondenten, aanpassing van het instrumentarium, tolkenkosten en dergelijke, en daarvoor lijken het algemeen en kennisbelang dan niet groot genoeg. Gevolg is dat 'allochtone' groepen vaak van epidemiologische studies worden uitgesloten en dat er over hun geestelijke gezondheidssituatie relatief weinig empirische evidentie voor handen is. Dit wordt bevestigd door het recente rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg inzake interculturalisatie van de zorg (RVZ, 2000).³ Ook de eerder genoemde NEMESIS-studie omvat onvoldoende representanten van 'allochtone' groepen om verantwoorde uitspraken te kunnen doen.

Dergelijke kennishiaten zijn slechts in beperkte mate op te vullen met internationale studies, omdat de generaliseerbaarheid daarvan uiterst beperkt is. De situatie van Latinogroepen in de Verenigde Staten is bijvoorbeeld niet goed vergelijkbaar met die van mediterrane migranten in Nederland. Het NWO/ZON-programma Cultuur en Gezondheid moet op afzienbare termijn verbetering in deze situatie brengen.

Combinaties van verschillen – zoals die bijvoorbeeld samenkomen in oudere moslimmannen in de WAO of in 'allochtone' vrouwen met lesbische voorkeuren – krijgen nog minder aandacht, en zeker niet systematisch. Weliswaar brengt de Volksgezondheid Toekomst Verkenning II (VTV) (1997) veel informatie bijeen over jeugd en ouderen, sociaal-economische klassen, 'allochtonen' en vluchtelingen, asielzoekers en illegalen, maar die betreft vooral het somatische vlak. Of er binnen genoemde categorieën nog wordt

verbijzonderd naar kruispunten met andere bio-psychosociale en -culturele verschillen, lijkt een kwestie van willekeur te zijn.

Duidelijk is evenwel dat de 'angst voor heterogeniteit', zoals Kraemer (1996) het duidt, negatieve gevolgen heeft voor de kwaliteit van de hulpverlening. Bijvoorbeeld riskeert men het niet-herkennen van uitingen van depressie of angst door mensen uit andere culturen met het gebruik van de categorieën uit de Diagnostic Statistic Manual voor niet-westerse populaties. En met de selectie van uitsluitend witte mannen als proefpersonen voor psycho-farmacologisch onderzoek is de generaliseerbaarheid van resultaten naar vrouwen en/of Aziatische en Afro-Amerikaanse groepen twijfelachtig, en wordt er op deze groepen waarschijnlijk inadequate zo niet verkeerde medicatie toegepast, onder andere in geval van anti-depressiva (Kortmann & Ten Horn, 1999; Richters, 2001). Gebrek aan interesse voor heterogeniteit is evenzeer merkbaar in het onderzoek naar effectiviteit van behandeling en begeleiding onder genoemde groepen (Struijs en Wennink, 2000). Het onderzoek dat wel is gedaan, voldoet meestal niet aan de criteria van (positivistische) wetenschapsbeoefening en kan in de jacht op empirische evidentie gemakkelijk terzijde worden geschoven.

Tenslotte valt te constateren dat er in Nederland op dit moment slechts één studie beschikbaar is, die van Steketee (1995), waarin FHV wordt vergeleken met een andere hulpverleningsbenadering. Hoewel de resultaten voldoende aanleiding geven voor vervolgstudies, zijn deze tot op heden niet ondernomen.⁴

Kwaliteit van de beschikbare informatie

De traditionele interesse in universalisme gaat samen met een top-down-strategie van onderzoek waarin meestal meerderheden en overeenkomsten centraal staan. De kwaliteit van onderzoek naar verschillen is daardoor lange tijd onderbelicht gebleven. Toch groeit, mede dankzij vrouwen- en diversiteitsstudies, het inzicht in de statistische klemmen en logische voetangels die zich bij verschilonderzoek voordoen. Ik presenteer de belangrijkste.

Statistische klemmen

In het algemeen wordt heterogeniteit in onderzoek al bij voorbaat grotendeels uitgebannen met in- en uitsluitingscriteria waarmee men bepaalt wie er wel en niet tot de onderzoeksgroep worden gerekend. Van de resterende heterogeniteit 'verdwijnt' tijdens de data-analyse alsnog veel door het oneigenlijk toepassen van statistische technieken (zoals correlatieberekeningen) terwijl er geen lineaire relatie mag worden aangenomen (Kraemer, 1996). Hetzelfde doet zich ook voor met betrekking tot verschiltoetsen.

Verschiltoetsen zijn gebaseerd op de veronderstelling dat er geen significant verschil is tussen de gemiddelden van de onderzochte vrouwen en mannen, homo's en hetero's of ouderen en jongeren, enzovoorts. Wordt deze zogenoemde nulhypothese op statistische gronden verworpen, dan geldt dat als argument om verder van verschil tussen de onderscheiden groepen uit te gaan.

Op deze redenering is echter wel het een en ander af te dingen. Ten eerste is het niet meer dan een indirecte argumentatie: de alternatieve hypothese ('er is wel verschil') wordt geacht te zijn bewezen na verworping van de geen-verschil-hypothese. Ten tweede is er discussie mogelijk over het significantieniveau dat doorgaans bij de toetsing wordt aangehouden. Daarmee pleegt men immers uit te drukken hoe groot het risico mag zijn van onterechte verworping van de geen-verschil-hypothese. Meestal wordt dit gesteld op 5%. Echter, voor wie het risico van onterechte verworping minder zwaar telt dan dat van onterechte aanvaarding, zou een ruimer verwerpingsgebied en dus een significantieniveau van bijvoorbeeld 10% ook bruikbaar zijn. Het is dus uit het oogpunt van verschillenkennis zeker niet zo dat een lager significantieniveau een belangwekkender resultaat oplevert.⁵ Ten derde kan de verworping van de nulhypothese twee zaken betekenen: of er bestaat een algemeen verschil tussen de twee onderzochte groepen (dat alle leden van de onderscheiden groepen betreft), of meer individuen binnen de ene dan de andere groep vertonen een bepaalde eigenschap. Voor een juiste interpretatie is dus op zijn minst aanvullende informatie vereist over de spreiding en frequentieverdeling (normaal of scheef) van de scores in de vergeleken groepen (Favreau, 1997; Unger, 1990).

Logische voetangels

In de interpretatie van statistisch vastgestelde verschillen worden regelmatig logische denkfouten gemaakt, zo niet door onderzoekers dan wel door gebruikers (m/v). Een eerste mogelijke denkfout is de verabsolutering van verschillen tussen groepen. Vaststelling van statistisch significante verschillen tussen categorieën – zoals tussen mannen en vrouwen, gezonden en zieken, witten en zwarten – sluit namelijk niet uit dat er ook een behoorlijke overlap kan bestaan. Het feit dat meer vrouwen dan mannen depressieve klachten hebben, betekent bijvoorbeeld niet dat er niet ook een aanzienlijk aantal mannen met depressieve klachten rondloopt. Kortom, bewezen verschillen sluiten overeenkomsten niet uit.

Een tweede voetangel is de tegenhanger van de vorige, namelijk onterechte homogenisering van intra-groepsverschillen. 'Bewezen' overeenkomsten tussen de leden van een categorie sluiten niet uit dat

er gelijktijdig ook belangrijke verschillen tussen hen bestaan. Anders gezegd, een categorie als 'allochtonen' is slechts bruikbaar voorzover deze ons waarschuwt dat, bijvoorbeeld in de organisatie van de hulpverlening, niet vanzelfsprekend de 'autochtone' leefwijze mag worden verondersteld. Ze wordt disfunctioneel als daarmee 'interne' verschillen die relevant zijn voor de te verlenen hulp (zoals generatie, reden van migratie, land van herkomst en sekse) buiten beeld blijven. Om dezelfde reden is het vaak zinnig de categorieën mannelijke en vrouwelijke cliënten verder te differentiëren naar de kruispunten met leeftijd, klasse, seksuele oriëntatie, gezondheidstoestand en religie.

Als derde voetangel is er de verwarring van groeps- en individueel niveau. Zelfs als verschillen (en overeenkomsten) tussen en binnen onderscheiden categorieën op statistisch verantwoorde wijze zijn vastgesteld, mag men niet vergeten dat zij in het algemeen slechts een waarschijnlijkheid aangeven voor wat er op individueel niveau aan de hand is.

Bruikbaarheid van de beschikbare kennis voor de FHV

De voor FHV beschikbare empirische evidentie aangaande biopsychosociale en -culturele verschillen kan dus ondanks schijnbare objectiviteit mank gaan aan vertekende steekproeven, ongewettigde vooronderstellingen, ongepaste generalisaties en aanvechtbare conclusies. Dit maant tot een voorzichtig gebruik ervan.

Echter, ook als voornoemde zwakke punten van dit type onderzoek worden omzeild, is het probleem van de FHV slechts ten dele opgelost. Voor de FHV is informatie betreffende verschillen in problematiek, gezondheids- en ziektegedrag en hulpprogramma's namelijk niet voldoende. De verschillen moeten ook interpretaties vanuit een complex, dynamisch en machtsensitief kader mogelijk maken. Op dit punt schiet veel onderzoek te kort.

Weinig oog voor complexiteit en dynamiek

De gelaagdheid van problematiek of gedrag wordt nog weleens verduisterd door de neiging verschillen essentialistisch te verklaren. Dat wil zeggen dat geconstateerde verschillen worden teruggevoerd op aangeboren – en daarom essentieel geachte – lichamelijke of psychische kenmerken (zoals hormonen of 'verlangen naar verbondenheid').

Los van essentialisme is er een algemene tendens tot oversimplificatie in het verklaren van verschillen. Dikwijls perkt men de verklarende factoren in tot een of hooguit twee dimensies die als fundamenteeler worden beschouwd dan de andere (bijvoorbeeld de psychische en de biochemische of de psychische en

interpersoonlijke), waarbij onderbelicht blijft welk aandeel hetzij culturele, sociale en economische factoren, hetzij andere lichamelijke factoren hebben in het ontstaan en voortbestaan van psychische klachten of ziektegedrag, en welke onderlinge beïnvloeding er in het spel is. Dit bezwaar geldt ook voor het meeste therapie-onderzoek.

De geneigdheid tot een monodimensionale benadering hangt natuurlijk samen met de verkokering van disciplines en de daaruit voortvloeiende conceptuele beperkingen, alsmede de geringe vertrouwdheid met relatief geavanceerde statistische technieken. Er is echter ook een samenhang met het denken over causaliteit.

Gebruikelijk is causaliteit lineair in plaats van circulair voor te stellen waardoor men niet onderkent dat een gevolg ook weer als oorzaak kan fungeren. Hierdoor blijft het samenspel tussen factoren uit alle mogelijke lagen en de (de-)escalatie die daaruit kan voortvloeien, onopgemerkt. Met name het aan de systeemtheorie ontleende inzicht dat een verschil niet altijd uit verschillen hoeft te worden verklaard of dezelfde toestand uit eenzelfde voorgeschiedenis, opent perspectieven voor het beter begrijpen van complexiteit. Het stimuleert bijvoorbeeld enerzijds tot het zoeken van parallellen tussen de ontwikkeling van depressie bij vrouwen en alcoholmisbruik bij mannen, en anderzijds tot het onderkennen dat depressies van mannen en vrouwen of homo- en heteroseksuelen uit verschillende processen kunnen voortkomen en dat daarom beter eerst per groep de onderliggende processen of verklarende factoren kunnen worden uitgezocht (met separate factor- en regressie-analyses of wat dies meer zij), voordat men besluit dat de klachten als identiek te begrijpen en behandelen zijn. Het behoeft ook voor de te snelle conclusie dat een gelijk percentage mannelijke en vrouwelijke uitvallers bij een cursus ter voorkoming van depressie zou uitwijzen dat verdere seksspecifieke analyse achterwege kan blijven; immers, de uitval van mannen en van vrouwen kan andere oorzaken hebben en daarom een andere verbeteringsaanpak vergen.

Uit het oogpunt van dynamiek valt verder op dat men de veroudering en situering van kennis en daarmee de grenzen van de reikwijdte (en toepasbaarheid) regelmatig over het hoofd ziet. Onderzoek naar de depressieve klachten van (bepaalde groepen) mannen en vrouwen of (bepaalde groepen) 'allochtonen' en 'autochtonen' zou echter regelmatig moeten worden herhaald, met name als hun sociale en culturele situatie aan relevante veranderingen onderhevig is, of er om andere redenen een ontwikkeling kan worden verondersteld. Ook de effectiviteit van therapievoor- men verdient temporele contextualisering.

Geringe machtssensitiviteit

Westers ggz-onderzoek verschaft slechts sporadisch empirische gegevens over de invloed van maatschappelijke beeldvorming, positietoewijzingen en coderingen, en van marginalisering, discriminatie en geweld (in alle gelaagdheid) op ziekte, gezondheid en hulpverlening. Dikwijls volstaat men met het in kaart brengen van de samenhang tussen sociaal-demografische gegevens als opleiding, inkomen, leeftijd en seks en gezondheid of effectiviteit van therapie, zonder de onderliggende mechanismen te expliciteren. De eventuele werking van machtsprocessen blijft daarmee buiten beschouwing, evenals de kracht en weerbaarheid van gemarginaliseerde groepen.

Wel is gedocumenteerd dat seksueel misbruik een aanzienlijk risico voor de geestelijke gezondheid met zich meebrengt: ruim eenderde van de vrouwelijke bevolking in de intramurale ggz blijkt hiermee ervaringen te hebben; dat is beduidend meer dan de vrouwelijke bevolking buiten de muren.

Ook in hulpverlenings(effect)onderzoek komt machtsdynamiek zelden aan bod. Aard en mate van sociale afstand tussen hulpverlenende en cliënt, de normering van geestelijke gezondheid, taal en aard van de communicatie (verbaal en non-verbaal) of de zeggenschap van cliënten over onderdelen van de behandeling (zoals probleemdefinities, behandeldoelen en -vormen) lijken er niet toe te doen. In de effectmaten krijgen maatschappelijke zelfbeschikking en weerbaarheid weinig aandacht; dikwijls blijven ze beperkt tot het verdwijnen van de klachten, cliëntstisfactie en persoonlijke autonomie, eventueel aangevuld met – een veel minder verstrekkende – schaal voor 'sociaal functioneren'. Voor de FHV, die het hulpverleningsproces als machtspraktijk in microformaat opvat, is het echter wel van belang dat er op deze 'andere' aspecten wordt geïnspecteerd en geëvalueerd, zodat duidelijk wordt in hoeverre een hulpverleningspraktijk deelneemt aan de productie en reproductie van maatschappelijke diversiteit dan wel uniformiteit.

Het meeste onderzoek is bovendien sterk objectiverend. Daardoor komt de subjectiviteit van cliënten er in de beschikbare informatie bekaaid af; ook hun satisfactie wordt doorgaans 'gemeten' op aspecten en in termen die door de onderzoek(st)ers zijn bepaald. Welke betekenis cliënten hechten aan bepaalde gebeurtenissen (inclusief non-events) op sociaal en lichamelijk gebied en hoe cultureel bepaald dit is, is meestal geen punt van onderzoek.

Op de vraag welke groepen zorg tekortkomen of worden buitengesloten van de hulpverlening, bieden de VTV II en VI (1997) slechts het begin van een antwoord. Vanuit diversiteit gezien, wordt er bovendien binnen de bestudeerde verschillen te weinig

gedifferentieerd naar 'kruispunten'. Het NEMESIS-onderzoek geeft wel inzicht in on vervulde zorgbehoefes, vooral van mannen en vrouwen⁶, maar kan niet verhelderen welke (zelf)uitsluiting daarachter schuilgaat.

In de uitgebreide en specifieke inventarisaties die beschikbaar zijn rond vrouwen (Holtrust, Hendriks & Bauduin, 1996) en 'allochtonen' (Struijs & Wenink, 2000) vergelijkt men enerzijds de morbiditeit in de populatie met de hulpverleningsconsumptie en anderzijds de patronen van doorstroming en verwijzing van groepen intern – aan de hand van het filtermodel van Goldberg en Huxley (1992). Andere indicaties die men gebruikt, zijn het aantal hulpverleningscontacten en de drop-out.⁷ De studie naar allochtone cliënten verbijzondert waar mogelijk naar de kruispunten met sekse en leeftijd, maar waarschuwt tegelijkertijd voor gebrekkige betrouwbaarheid.

Aan de machtsfactor die onderzoek zelf is – met haar taalkeuze, voorstructurering van vragenlijsten, indelingscriteria voor categorieën, normering van scores en kwalificaties van gezond- en ziekzijn op basis van een wit-westers, mannelijk en heteroseksueel uitgangspunt – wordt stilzwijgend voorbijgegaan; hier geldt de macht der vanzelfsprekendheid.

Alternatieven

Het bovenstaande scala aan onderzoeksproblemen rond empirische evidentie inzake feministische hulpverlening en diversiteit doet de vraag rijzen welke alternatieve strategieën, methoden en perspectieven er beschikbaar zijn.

Onderstaand schets ik een beeld, gebaseerd op eigen ervaringen en contacten. Ik pretendeer dus geenszins een volledig of systematisch overzicht te bieden, maar ga uit van wat Smaling (1992) een 'pragmatische ruimte' voor methodenkeus noemt: een ruimte die bestaat omdat methoden en paradigma's niet volledig wederzijds determinerend zijn. Hoe de ruimte daadwerkelijk wordt ingericht, hangt met name af van de onderzoek(st)er, het concrete object van studie, de situatie van de onderzochten, de vraagstelling, de doelstelling en de omstandigheden waaronder het onderzoek wordt uitgevoerd. Met mijn schets hoop ik andere onderzoek(st)ers te inspireren tot het betreden van nieuwe paden, ter wille van een bruikbare bijdrage aan de wetenschappelijke legitiemering van feministische hulpverlening of op zijn minst de interne professionele consensusvorming.

Bottom-up-strategie

Om diversiteit in gezondheid(s)zorg en -behoefes beter te documenteren is een bottom-up-strategie van onderzoek aan te bevelen. Deze kan bij allerlei soor-

ten 'minderheden' of 'kruispunten' beginnen. Per groepering beschrijft men dan de aspecten waarin deze intern homogeen, maar ook heterogeen is en probeert die verschillen te verklaren. Uit een grotere populatiesteekproef kan men bijvoorbeeld de 'autochtone' vrouwen selecteren die naar eigen zeggen depressieve klachten hebben, en nagaan wat hun hulpzoekgedrag is (wel of niet naar huisarts, riagg, alternatieve hulpverlening). Vervolgens zoekt men uit welke determinanten hier een rol spelen. Dit levert op zich al relevante kennis voor een interventie. Door vervolgens de uitkomsten te vergelijken met parallelstudies onder andere groepen (mannen, 'allochtone' en/of lesbische vrouwen met depressieve klachten), wordt vergelijkbare kennis over uiteenlopende groepen opgebouwd. Op basis daarvan zijn conclusies mogelijk over de reikwijdte van bevindingen. Universaliteit is in deze strategie dus niet langer een uitgangspunt, maar moet bewezen worden.

In de bepaling welke groepen relevant zijn om te onderzoeken, kan men zich laten leiden door praktijkervaring, cijfers of een combinatie daarvan. Het is dus een misverstand dat alleen die groepen waarvan het verschil al 'statistisch is aangetoond' voor nader onderzoek in aanmerking zouden komen.

Een goed voorbeeld zijn de onderzoeken van Ineke Wiense (1997 a; 1997b; 1999). Zij heeft gebruikgemaakt van de signalen die zij via haar eigen praktijk en de allochtone vrouwentelefoon kreeg. De thema's die daarin veelvuldig aan de orde kwamen, waren reden om Marokkaanse en Turkse vrouwen te interviewen over hun beleving van seksualiteit (1997a), partnerkeuze (1997b) respectievelijk rouwverwerking (1999), hun copingvaardigheden en (overlevings) strategieën en/of wat zij als ondersteunende hulpverlening (hadden) ervaren. Van deze interviews heeft ze vervolgens analyses gemaakt die als 'verhalen' en als vakpublicaties ter beschikking zijn gekomen.

Annemiek Richters schetste in haar lezing tijdens het Symposium Diversiteit in de (vrouwen)gezondheidszorg: feniks of dode mus? de volgende procedure: ga na welke ('allochtone') cliëntenpopulatie in een bepaalde riagg/regio veel voorkomt; maak daarbij verschil tussen vrouwen of mannen en besteed tevens aandacht aan differentiaties in godsdienst, leeftijd, opleiding, leefsituatie, geboortestreek en zelfidentificatie(!) wat betreft etnoculturele en genderidentiteit; zoom in op de klachten/problemen die in de gekozen groep(en) het meeste voorkomen (bijvoorbeeld depressie). Houd daarbij rekening met eventuele seks- en etniciteitsverschillen in fenomenologie, pathofysiologie en beleving van die problematiek, risico- en beschermende factoren en de meest geëigende therapie (waaronder ook medicatie). Wees erop bedacht dat het nodig kan zijn nog tijdens het onderzoek nieu-

we instrumenten te ontwikkelen (niet alleen verbale), wil je kunnen aansluiten bij de taal en beleveniswereld van de onderzochten (zie ook Richters, 2001).

Verhelderend is ook het zes-stappenmodel van De Jong (1992) voor 'ecologisch' betrouwbaar onderzoek – dus onderzoek dat recht doet aan de lichamelijke, psychische, relationele, sociale, culturele en geografische positionering van het individu. Het model is oorspronkelijk bedoeld voor transculturele epidemiologie. De eerste stap bestaat uit het inventariseren van vragen en identificeren van concepten om beter op de hoogte te raken van de psychosociale en sociaal-politieke context, habitat en gewoonten in een bepaalde gemeenschap. De tweede stap is het verhelderen van concepten en genereren van parameters ter opsporing van een (sub)populatie en ter verkrijging van informatie over sociale netwerken en gedragspatronen. De derde stap behelst het bereiken van inhoudelijke, semantische en criterium-validiteit door individuele ziekteverhalen te verzamelen en te bestuderen. Stap vier toetst opnieuw de validiteit maar dan met andere 'beoordelaars', namelijk onderzoekers en collega's die niet rechtstreeks bij het onderzoek betrokken zijn en eventueel enkele vertegenwoordigers uit de onderzoekspopulatie. Nu worden er eventueel ook kwantitatieve technieken gebruikt, zoals factoranalyses, intra- en interrater reliability, voor de beoordeling van psychometrische eigenschappen. In stap vijf vindt *experience sampling*⁸ plaats onder leden van de te onderzoeken groep; dit zorgt voor (kwantitatieve) informatie over de temporele en sociale context. Na deze voorbereidingen kan dan – desgewenst – op verantwoorde wijze de stap worden gezet naar klassiek epidemiologisch onderzoek onder de betreffende subpopulatie om de prevalentie en incidentie van psychopathologische verschijnselen te bepalen. Genoemde stappen zijn natuurlijk ook bruikbaar voor de ecologische validatie van interventie- of bejegeningsonderzoek.

Kortom, in de bottom-up-strategie staat een kwalitatieve aanpak van dataverzameling en -analyse voorop, omdat deze betere mogelijkheden biedt voor het articuleren van de eigen (niet bij voorbaat geobjectiverde) ervaringen en belangen van cliënten en het opsporen van onvermoede heterogeniteit, het zichtbaar maken van ambivalenties, tussenposities, contradicties (schijnbaar of reëel) en parallelle ontwikkelingen. Pas na een behoorlijke 'bodemverkenning' zet men kwantitatieve technieken in.

Voorwaarde is natuurlijk in alle gevallen een open en reflexieve houding van de onderzoeker. Dit impliceert permanent zelfonderzoek: naar de eigen motieven voor het project, de eigen biopsychosociale en -culturele positionering en de eigen vooronderstellingen met betrekking tot de onderzoeksparticipanten.

Kwalitatieve benadering van dynamische complexiteit
Voor het 'vangen' van complexiteit en dynamiek staan steeds geraffineerder statistische technieken ter beschikking, waaronder multi-level- en Lisrel- of tijdreeksenanalyses. Jammer is evenwel dat deze technieken meestal de complexiteit verhelderen of de dynamiek, maar niet allebei.

Voor onderzoek van complexe dynamiek ken ik twee tamelijk bevredigende manieren. Aan de ene kant is er de op zich bekende mogelijkheid van case-studies, opgevat als 'de intensieve bestudering van een verschijnsel in zijn context, zodanig dat de verwevenheid van relevante factoren behouden blijft' (Hutjes, 2000). Daarmee kan de gelaagdheid en beweging die er in (verzamelingen) individuele verhalen aanwezig is, worden beschreven en geanalyseerd. Hiervoor kan men met vrucht de technieken voor procesanalyse inzetten die door Miles en Huberman (1994) zijn gesystematiseerd.

Een tweede, minder bekende mogelijkheid is het simuleren van de complexe dynamische systemen waarin klachten/problemen zich ontwikkelen, bestendigen en worden bewerkt. Dit kan wat betreft de hulpverleningssituatie met behulp van spelsimulatie, zoals ik voor FHV heb beschreven in *The simulation and gaming yearbook* (Van Mens-Verhulst, 1996). Het kan ook met behulp van computersimulatie.⁹ In de econometrie, epidemiologie of toekomstkunde gebeurt dat al wel (VTV-VII, 1997) en er is geen principiële reden om deze aanpak op microniveau achterwege te laten (Dijkum, 2000).

Empirische evidentie op basis van dergelijke studies vereist een andere, meestal niet-statistische vorm van verificatie en generalisatie. Voor verificatie reiken Miles en Huberman (1994) wel dertien technieken aan, variërend van het toepassen van triangulatie en analyseren van extreme gevallen tot het feedback vragen aan informanten. Voor generalisatie toont Smaling (2000) verschillende wegen: inductief, analoog en/of communicatief. Bij inductieve generalisatie wordt bijvoorbeeld gebruikgemaakt van virtuele herhaalbaarheid, analytische of theoretische generalisatie. Analoge generalisatie werkt met behulp van logische argumentatie. In geval van communicatieve generalisatie (*consensual validation*) ligt de 'toets' bij degenen die de kennis gebruiken (onderzochten, betrokkenen, collega's), soms in interactie met de onderzoeker. Validatie van een spel- of computersimulatie vergt dat de gesimuleerde en in werkelijkheid geobserveerde data voldoende overeenkomst vertonen – qua structuur, gedrag en uitkomsten – en dat concurrerende modellen niet even adequaat en betrouwbaar zijn (Dijkum & Kuijk, 1999; Zouwen, 1997).

Actorperspectief

Onderzoek naar de relatie tussen gezondheid en machtsdynamiek houdt zich bezig met de vraag wie welke overeenkomsten en verschillen produceert en op welke manier, welk belang zij daarbij hebben en hoe dat ingrijpt op het aanbod en de gezondheid van specifieke groepen cliënten – ook in de hulpverleningsrelatie. Uitgaande van diversiteit impliceert dit een actor- of agency perspectief: in vraagstelling en analyse worden alle betrokkenen (dus ook de cliënt) benaderd als handelende subjecten, met de macht – en kracht(!) – tot betekenisgeving aan en beïnvloeding van hun leven en hun omgeving. De studie van Dijkstra (2000) laat bijvoorbeeld zien dat je met een biografische narratieve analyse zichtbaar kunt maken hoe vrouwen en mannen betekenis geven aan geweldservaringen als kind en er – met vallen en opstaan – in slagen herhaling in hun eigen relaties met partners en kinderen te voorkomen.

Dit actorperspectief dient echter wel kritisch te worden toegepast. Nagegaan moet worden of er onderzoeksinterne dan wel -externe informatie is die het veronderstelde actorschap tegensprekt; en in welk opzicht. Anders gezegd, de veronderstelde handelingsmogelijkheden en -competenties van de actoren worden nader onderzocht en er wordt met name gelet op de sociaal-culturele context die deze competenties in verleden of heden beïnvloed(en).

Voor analyse van de culturele context is vertooganalyse een belangrijk en relatief nieuw hulpmiddel. Daarmee kan worden blootgelegd hoe allerlei 'partijen' (patiënten, betrokken omstanders, professionals) zich conformeren aan, onderhandelen over of afstand nemen van bepaalde culturele beelden en betekenisgevingen, maatschappelijke normeringen en taalspele rond een ziekte- of therapieconstruct (Billig, 1997; Wilkinson & Kitzinger, 1995).

Vanuit het actorperspectief kan men zowel de besluitvorming in als over de hulpverlening bevragen, zodat ook de politiek van de behoefteninterpretatie die in en rond zorgprogramma's werkzaam is, kan worden verhelderd (Sevenhuijsen, 1996; Van Mens-Verhulst, 1997). Uitgaande van contextgebonden en dynamische diversiteit, moet daarbij steeds de vraag worden gesteld welke verschillen in het kader van de hulpverlening relevant zijn uit het oogpunt van ziekte, ziektegedrag en/of hulpverlening: voor wie (cliënten, professionals, managers, beleidsmakers, onderzoekers) en hoe lang (worden ze niet ingehaald door de ontwikkelingen?). Bovendien is het zaak om de eigen representatielogica van betrokkenen te respecteren door in ieder geval de zelfidentificatie na te gaan en niet alleen te werken met het van buitenaf toekennen van identiteit(en).

Bij methoden als narratieve en vertooganalyses is

het gebruikelijk dat de onderzoekers (m/v) hun houding en mentale activiteiten verantwoorden. Objectiviteit omvat hier namelijk niet, zoals in positivistisch onderzoek, de uitsluiting van de subjectiviteit van de onderzoek(st)er maar een bereflecteerde, intelligente, positieve aanwending van de eigen subjectiviteit (Maso en Smaling, 1998). Generalisatie kan verlopen langs de al eerder aangegeven paden.

Materieel-discursieve benadering

Tenslotte zijn de recente ontwikkelingen op het gebied van de materieel-discursieve benadering in gezondheids- en klinische psychologie interessant. Daarin komen, naast de intrapsychische laag, ook de lichamelijke processen en praktijken aan bod en de manieren waarop deze processen en praktijken zijn geconstrueerd in het (cultureel-)symbolische gebied, zonder a priori de ene laag als belangrijker of determinerend voor de andere te veronderstellen (Ussher, 1997; 1999). Toegepast op bijvoorbeeld onderzoek naar depressie betekent dit aandacht zowel voor het feit dat depressie een belichaamde ervaring is (met consequenties voor slapen, eten, enzovoorts), als voor het gegeven dat het lichaam op zich het fysieke medium is van een belichaamd leven (zoals de arbeidsdeling tussen de seksen of etniciteiten) en tegelijkertijd het object van sociolinguïstische constructies – waaronder opvattingen over vrouwelijk- en mannelijkheid, wit- of zwart-zijn, leeftijd en seksualiteit (zie ook Stoppard, 2000).

Een ziekteverschijnsel of therapie wordt vanuit verschillende gezichtspunten en disciplines en met uiteenlopende methoden geanalyseerd – hetzij gelijktijdig, hetzij achtereenvolgend. Voor het in beeld brengen van de lichamelijke en structurele laag kan een 'sceptisch' gebruik worden gemaakt van reeds beschikbare bevindingen en objectiverende methoden. Voor het blootleggen van de discursieve lagen zijn verschillende vormen van vertooganalyse inzetbaar. Voor een beter begrip van de intrapsychische processen kunnen de subjectieve ervaringen en behoeften van degenen die (met) de klachten leven, worden geanalyseerd. Qua methoden van dataverzameling is men niet eenkennig: ze kunnen variëren van experimenten, vragenlijsten en observaties tot interviews.

Dit alles moet uitmonden in een interdisciplinaire analyse waarin de verschillende perspectieven op elkaar worden betrokken (Ussher, 1999). Voor die ultieme stap reikt men echter (nog?) geen specifieke principes aan. Uit voorbeeldstudies, zoals die in het boek van Ussher (1997), blijkt evenwel dat in laatste instantie veelal een sociaal-constructionistische positie wordt ingenomen: mensen verschijnen daarin als wezens die verwickeld zijn in een permanent proces

van zelfconstructie waarbij zij – ook in het omgaan met hun klachten – putten uit en bijdragen aan ontwikkelingen in alle onderscheiden lagen.

Uit het oogpunt van FHV is het winstpunt van deze benadering dat ze een 'programma' impliceert waarmee de gelaagdheid van intrapsychische verschijnselen van meet af aan op de onderzoeksagenda staat. Bovendien garandeert de sociaal-constructivistische benadering voldoende aandacht voor agency en kunnen de inzichten uit de discursieve analyses de politiserende aanpak van de FHV ondersteunen.

Of de resultaten van deze benadering worden geaccepteerd als bijdrage aan de empirische evidentie zal met name afhangen van de methodische gestrengheid waarmee de interdisciplinaire analyse vorm krijgt.

Conclusie

In dit artikel heb ik me verdiept in de beschikbaarheid en kwaliteit van de empirische evidentie voor FHV en de mogelijkheden daarin vooruitgang te boeken. De meer principiële vraag in hoeverre de eis van empirische evidentie reëel is, heb ik hier laten rusten. Ook de epistemologische discussie die onverbreekelijk aan deze eis verbonden is, heb ik gemedend. Voorlopig sluit ik me aan bij het – pluralistisch – standpunt van Ballou (1990) en Wilkinson (2000) dat verschillende onderzoekstradities elkaar kunnen aanvullen in het streven naar betere gezondheidszorg voor vrouwen.

Mijn benadering is een pragmatische geweest, gericht op de FHV. In dat kader concludeer ik dat veel van het beschikbare onderzoek ontoereikend is als ondersteuning voor hulpverlening vanuit een diversiteitsperspectief, omdat het zelden zowel overeenkomsten als verschillen op de vereiste wijze in beeld brengt: gelaagd, continu en dynamisch. Bovendien is er weinig onderzoek beschikbaar waaruit kan worden afgeleid hoe machtsverhoudingen, ziekte en hulpverlening elkaar wederzijds beïnvloeden.

Met mijn verkenning van kennishiaten, methodologische tekortkomingen, onterechte reductie van complexiteit en dynamiek en machtsnaïviteit in het onderzoek naar diversiteit en (geestelijke) gezondheid hoop ik onderzoekers en hulpverlenenden (m/v) geattendeerd te hebben op de noodzaak het huidige kennisbestand inzake overeenkomsten en verschillen voorzichtig te gebruiken.

Tevens hoop ik dat de hier gepresenteerde mogelijkheden van een bottom-up-strategie, een kwalitatieve benadering van dynamische complexiteit en een actorperspectief zowel onderzoek(st)ers als hulpverle(e)n(st)ers zullen inspireren tot een bijdrage aan de verdere documentering, toetsing, professionalisering en legitimering van feministische hulpverlening. Daarbij moet gezegd zijn dat de in dit artikel geïntro-

duceerde dichotomieën (een top-down- versus een bottom-up-benadering, een statisch versus een dynamisch perspectief, een buiten- versus een binnenperspectief en een kwantitatieve versus kwalitatieve dataverzameling en -analyse), weliswaar verhelderend zijn voor het scherp krijgen van de problemen, maar dat ze niet al te star gehanteerd zouden moeten worden. In het zoeken naar oplossingen kunnen we ons ook in dat opzicht beter laten leiden door het diversiteitsprincipe en proberen steeds het beste van twee werelden te combineren.

Literatuur

- Babel, M. en Hitipeuw, D. (1992). *Langzaam gaan deuren open. Vrouwenhulpverlening in relatie tot zwarte vrouwen*. Amsterdam: De Maan.
- Ballou, M.B. (1990). *Approaching a Feminist-Principled Paradigm in the Construction of Personality Theory*. *Women and Therapy* 9, 3, 23-40.
- Bijl, R.V. & Ravelli, A. (1998). *Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 76, 446-457.
- Billig, M. (1997). *Rhetorical and discursive analysis: How families talk about the royal family*. In N. Hayes (Ed.), *Doing qualitative analysis in psychology* (pp. 39-54). Psychology Press.
- Borst-Eilers, E. (1997). *Voorwoord*. In *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: De som der delen. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997* (pp. 5-6). Bilthoven: RIVM; Elsevier/De Tijdstroom.
- Brown, L.S. & Root, M.P.P. (1990). *Diversity and complexity in feminist therapy*. *Women and Therapy* 9. New York: Haworth Press.
- Dijkstra, S. (2000). *Met vallen en opstaan. Hoe vrouwen en mannen betekenis geven aan geweldservaringen uit hun kindertijd*. Delft: Eburon.
- Dijkum, C. van (2000). *Stagnatie en kennissgroei in de sociale wetenschappen*. *Sociaal-wetenschappelijk magazine* 8, 6, 10-13.
- Dijkum, C. van & Kuijk, E. van (1999). *Validation of simulation models in the social sciences*. In C. van Dijkum, D. de Tombe & E. van Kuijk (Eds.), *Validation of Simulation Models* (pp. 7-29). Amsterdam: SIS-WO.
- Eagly, A.H. (1994). *On comparing women and men*. *Feminism & Psychology* 4 (4), 513-522.
- Favreau, O.E. (1997). *Sex and gender comparisons: Does null hypothesis testing create a false dichotomy?* *Feminism & Psychology* 7 (1), 63-82.
- Fienieg, B. (1998). *Denkwerk in uitvoering. Een zoektocht naar uitgangspunten voor zorg- en hulpverlening aan zwarte, migranten- en vluchtelingenvrouwen*. Utrecht: Transact.

- Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg (1982). *Vrouwenhulpverlening en Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg*. Leidschenham: GHIGV.
- Goldberg, D. & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders*. London: Tavistock/ Routledge.
- Gründemann, A. & Miltenburg, R. (1997). Op het raakvlak van culturen. Hulpverleners over zorg en hulp aan zwarte, migranten- en vluchtelingenvrouwen, Utrecht: Targuia.
- Heesink, J. & Top, T. (1996). Seksvraagstukken in de psychologie; een inleiding. In Top, T. & Heesink, J. (Eds.), *Psychologie en sekse* (pp. 1-11). Houten: BSL.
- Holtrust, N., Hendriks, A.C. & Bauduin, D.M.J. (1996). De betekenis van artikel 12 vrouwenverdrag voor Nederland: gezondheid als recht. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Hutjes, J. (2000). De casestudy als strategie in het toegepast onderzoek. In F. Wester, A. Smaling, L. Mulder (Eds.), *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek* (pp. 63-84). Bussum: Coutinho.
- Ingleby, D. (2000). *Psychologie en de multiculturele samenleving: een gemiste aansluiting*. Oratie Universiteit Utrecht.
- Jacobs, G. (2001). De paradox van kracht en kwetsbaarheid. Empowerment in feministische hulpverlening en humanistisch raadswerk. Amsterdam: SWP.
- Jong, A. de, Brink, W. van den, Ormel, J., Wiersma D. (1999). *Handboek Psychiatrische Epidemiologie*. Maarssen: Elsevier/de Tijdstroom.
- Jong, J.V.T.M. de (1992). Universalisme versus particularisme: van een achterhaalde leerstelling naar een nieuwe onderzoeksmethodologie. In J.V.T.M. de Jong & H.J.M. Wessenbeek. *Ver-vreemd of vreemdeling*. Naar een interculturele geestelijke gezondheidszorg in Nederland (pp. 16-27). Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen.
- Kaasenbrood, A. (1995). Consensus als criterium. De ontwikkeling, de verspreiding en het gebruik van richtlijnen voor goed psychiatrisch handelen. Utrecht: NcGv.
- Katier, S. (1976). *Zit je goed?* Amsterdam: Bert Bakker.
- Kerkhof, M.P.N. (2000). Goedgekeurd door de wetenschap. *Psy* 13, p. 12.
- Kistemaker, J.W.G., Klazinga, N.S., Meulenberg, Stokx, F. & Thomas, S.. *Zorgbehoefte vanuit professioneel perspectief*. In *Volksgezondheid Toekomst Verkenning VI, Zorgbehoefte en zorggebruik* (pp. 137-168). Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.
- Kortmann, F.A.M. & Horn, G.H.M.M. ten (1999). Psychiatrische problemen van allochtonen in Nederland. In A. de Jong, W. van den Brink, J. Ormel, D. Wiersma, *Handboek psychiatrische epidemiologie* (pp. 442-454). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Kraemer, H.C. (1996). Fear of heterogeneity in the study of human populations and the statistical artifacts it produces. In P.M. Kato & T. Mann (Eds.), *Handbook of diversity issues in health psychology* (pp. 19-35). New York/London: Plenum Press.
- Maso, I. & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- Mens-Verhulst, J. van (1985). *Vrouwenhulpverlening: van verzamelaan naar therapievorm*. Tijdschrift voor Agologie 14, 3, 182-194.
- Mens-Verhulst, J. van (1988). *Modelontwikkeling voor vrouw-en-hulpverlening*. Academisch proefschrift. Utrecht: ISOR (UU/FSW)
- Mens-Verhulst, J. van (1991). Schatgraven in de vrouwenhulpverlening. In J. Winnubst, P. Schnabel, J. van den Bout, & M.J.M. van Son, *De metamorfose van de klinische psychologie. Nieuwe ontwikkelingen in de klinische en gezondheidspsychologie* (pp. 59-69). Assen/ Maastricht: Van Gorcum.
- Mens-Verhulst, J. van (1996). *Vrouwenhulpverlening: diversiteit als bron van zorg*. Oratie. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Mens-Verhulst, J. van (1997a). *Vrouwenhulpverlening. Paradoxen van emancipatie*. Tijdschrift voor de Sociale Sector, mei, 5, 28-31.
- Mens-Verhulst, J. van (1997b). Gelijkheid is niet goed genoeg in de feministische hulpverlening. *Rekenschap* 1997/ sept. 156-170.
- Mens-Verhulst, J. van (1998). *Vrouwenhulpverlening, cliëntgerichtheid en het diversiteitsprincipe*. Tijdschrift voor Geneeskunde en ethiek 8 (4), 108-114.
- Mens-Verhulst, J. van (2001). *Diversiteit in theorie en praktijk: een bericht uit de feministische hulpverlening*. Tijdschrift voor Humanistiek 2 (2), 7-17.
- Mens-Verhulst, J. van & Schilder, L. (Eds.) (1994). *Debatten in de vrouwenhulpverlening*. Amsterdam: Babylon/De Geus.
- Meulenbelt, A. (1978) *Terwijl we praten over ons isolement, heffen we dat isolement op*. In R. van Hengel, A. Lutikholt, A. Meulenbelt & C. Westerhoek (Eds.). *Van Binnen Uit. Vrouwen over welzijnswerk en zelforganisatie* (pp. 93-108). Amsterdam: SARA.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis. An expanded sourcebook*. London: Sage.
- Nicolai, N. (1992/7). *Vrouwenhulpverlening en psychiatrie*. Amsterdam: Babylon/De Geus.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ.
- Richters, J.M. (2001). *Culturele diversiteit in hulpverlening en onderzoek*. Kan wat moet, moet wat kan? Tijdschrift voor Humanistiek 2, 2, 18-25
- Sandfort, Th., Graaf, R. de, Bijl, R.V. & Schnabel, P. (2001). *Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders*. *Arch. General Psychiatry* 58, 85-91.

- Schilder, L. (1999). Genderspecifieke hulpverlening in het maatschappelijk werk. In G. van der Stouw (Eds.), *Maatschappelijk werk 2, Verkenning van doelgroepen en werkvelden* (pp. 15-45). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Selten, P.C.J. & Sijben, A.E.S. (1994). Verontrustende opnamecijfers voor schizofrenie bij migranten uit Suriname, de Nederlandse Antillen en Marokko. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 138, 7, 345-350.
- Sevenhuijsen, S. (1996). *Oordelen met zorg. Feministische beschouwingen over recht, moraal en politiek*. Amsterdam: Boom.
- Smaling, A. (1992). De pragmatische ruimte: Paradigmatische en pragmatische elementen van methodenkeus. In A. Smaling & F. van Zuren (Eds.), *De praktijk van kwalitatief onderzoek: voorbeelden en reflectie* (pp. 164-182). Meppel: Boom.
- Smaling, A. (2000). Inductieve, analoge en communicatieve generalisatie. In F. Wester, A. Smaling, & L. Mulder (Eds.), *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek* (pp. 155-172). Bussum: Coutinho.
- Sorbi, M.J. & Honkoop, P.C. (1996). *Notities. Een computerdagboek voor signaal-contingente zelfrapportage van psychologische variabelen en gezondheidsstatus*. *Gedrag & Gezondheid* 24, 1, 31-38.
- Steketee, M. (1995). *Vrouwenhulpverlening in de klinische psychiatrie. Een veranderende opvatting*. Bennebroek: Psychiatrisch Centrum Vogelenzang.
- Stoppard, J.M. (2000) *Understanding depression. Feminist social constructionist approaches*. London en New York: Routledge.
- Struijs, A.J. & Wennink, H.J. (2000). Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg. *Achtergrondstudie*. Zoetermeer: RVZ.
- Targuia (1997). Diversiteit als verrijking. Goede zorg en hulpverlening aan zwarte, migranten- en vluchtelingen-vrouwen. Verslag van de gelijknamige conferentie. Utrecht: Transact.
- Unger, R.K. (1990). Imperfect reflections of reality. Psychology constructs gender. In R.T. Hare-Mustin & J. Marecek (Eds.), *Making a difference. Psychology and the construction of gender* (pp. 102-149). New Haven & London: Yale University Press.
- Ussher, J.M. (1997). *Body talk: The material and discursive regulation of sexuality, madness and reproduction*. London: Routledge.
- Ussher, J.M. (1999). Premenstrual syndrome: Reconciling disciplinary divides through the adoption of a material-discursive-intrapsychic approach. In A. Kolk, M. Bekker & K. van Vliet (Eds.), *Advances in women and health research. Toward gender-sensitive strategies* (pp. 47-64). Tilburg: Tilburg University Press.
- VTV-II (1997). *Gezondheidsverschillen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.
- VTV-VI (1997). *Zorgbehoefte en zorggebruik*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.
- VTV-VII (1997). *Gezondheid en zorg in de toekomst*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.
- Wekker, G. (2001). Van monocultuur naar caleidoscoop. De noodzaak van diversiteit in het zorgcurriculum. *Tijdschrift voor Humanistiek* 2, 2, 26-33
- Wekker, G. en Lutz, H. (2001). Een hoogvlakte met koude winden. De geschiedenis van het gender- en etniciteitsdenken in Nederland. In M. Botman, N. Jouwe & G. Wekker (Eds.), *Caleidoscopische visies. De zwarte, migranten- en vluchtelingen-vrouwenbeweging in Nederland* (pp. 25-49). Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen.
- Wienese, I. (1997a). Seksualiteit bij Turkse en Marokkaanse vrouwen. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 97, 2, 128-141.
- Wienese, I. (1997b). Partnerkeuze bij Turkse en Marokkaanse meisjes. Aanzet tot een methodiekontwikkeling voor hulpverleners. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 97, 9, 844-857.
- Wienese, I. (1999). Als je huilt, kraken de botten in je graf. Rouw bij Turkse en Marokkaanse meisjes en vrouwen in Nederland. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 99, 6, 616-629.
- Wilkinson, S. (2000). Feminist research tradition in health psychology: Breast Cancer Research. *Journal of Health Psychology* 5, 3, 359-372.
- Wilkinson, S. & Kitzinger, C. (Eds.) (1995). *Feminism and Discourse. Psychological perspectives*. London: Sage.
- Zouwen, J. van der (1997). The validation of socio-cybernetic models. *Kybernetes* 26, 6/7, 848-856.

Noten

1. NEMESIS (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) is het eerste longitudinale bevolkingsonderzoek naar geestelijke gezondheid in Nederland.
2. De termen autochtoon en allochtoon duiden de categorieën aan van wie wel en niet geacht worden tot de Nederlandse natie te behoren. Als zodanig zijn ze de uitkomst van een voortdurend proces van constructie van raciale en/of etnische en nationale verschillen, terwijl ze tegelijkertijd de interne verschillen in deze categorie onzichtbaar maken. Steeds grotere groepen mensen die geacht worden onder de noemer 'allochtoon' te vallen, wijzen dit af. Om die reden volg ik Wekker en Lutz (2001) en plaats ik beide termen steeds tussen aanhalingstekens.
3. Een van de merkwaardige gevolgen van deze hiaten is dat in *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen II*

(1997, p. 204) wordt gemeld dat depressies weinig lijken voor te komen onder Surinamers, Antillianen en Marokkanen (m/v); deze 'kennis' blijkt bij nader bronnenonderzoek gebaseerd te zijn op een terloopse opmerking in een studie van schizofrenie onder 'allochtone' mannen van Selten en Sijben (1994).

4. In deze studie worden twee resocialisatie-afdelingen in de intramurale psychiatrie met elkaar vergeleken: een waarin volgens vrouwenhulpverleningsprincipes wordt gewerkt en een waarin dat niet gebeurt (beide met mannelijke en vrouwelijke cliënten). De uitkomsten laten niet alleen de invloed van sekseverschillen op probleemdefiniëring, behandelingsdoelen en conversatiepatronen zien (in beide op een andere wijze), maar ook het verschil tussen de leer en de praktijk van de vrouwenhulpverlening: de ongelijkwaardigheid tussen hulpverleners en cliënten is groter dan gedacht; de informatie over de behandeling onduidelijker; niet alle principes blijken te worden gerealiseerd.

5. Grotere steekproeven rechtvaardigen evenmin een groter vertrouwen in de verwerping van de nulhypothese. Ook metastudies naar effect-size lossen het probleem niet op; ze maken juist duidelijk dat het erg belangrijk is welke groepen met elkaar worden vergeleken. Op dit punt verschillen Favreau (1997) en Unger (1990) overigens duidelijk van mening met Eagly (1994) die de meta-analyses naar effect-size juist presenteert als een verbetering in het verschil-onderzoek.

6. Huisartsen blijken voor vrouwen niet die sekse- en etnisch neutrale poortwachtersfunctie naar de ggz te vervullen die hun door het beleid is toegedacht. Eenmaal doorverwezen naar de ambulante ggz, hebben 'allochtone' vrouwen minder contacten (vaak alleen een intake-gesprek) en is de drop-out hoog. Overigens doet zich in de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor de 'allochtone' groep een aanzienlijke differentiatie voor naar land van herkomst, sekse, zorgsector en zorgregio. In de intramurale ggz zijn 'allochtone' vrouwen sterk ondervertegenwoordigd en van hen Turkse vrouwen het sterkst; ook duurt hun verblijf korter dan dat van 'autochtone' vrouwen. In de maatschappelijke opvangvoorzieningen zijn ze daarentegen sterk oververtegenwoordigd en duurt hun verblijf relatief langer.

7. Bijl & Ravelli (1998) hebben gevonden dat vrouwen met psychische problemen – uitgezonderd schizofrenie – significant vaker dan mannen een onvervulde zorgbehoefte – in de zin van te ontvangen zorg – rapporteren.

8. Experience Sampling Technic (EST) bestaat uit een representatieve steekproef van momenten uit het dagelijks leven van een individu, dat op willekeurige tijdstippen de vragenlijst invult – aan de hand van

een 'voorgeprogrammeerd horloge' (Jong, 1992). Tegenwoordig gebeurt het vaak met elektronische dagboekjes (Sorbi en Honkoop, 1996).

9. In een computersimulatie kan bijvoorbeeld de ontwikkeling van klachten worden afgebeeld door bewegings- ofwel differentiaalvergelijkingen in plaats van statische variabelen toe te passen. Bovendien is het mogelijk van non-lineaire in plaats van lineaire causaliteit uit te gaan.